

Спиридонов В.Е., Саларев В.В., Черневич Е.В.

УЗ «Витебский областной клинический центр дерматовенерологии и косметологии»

Введение. Рак кожи является распространенным онкологическим заболеванием. В Республике Беларусь в 2019 году рак кожи в общей структуре онкологической заболеваемости занимал 1-е место у женщин (21,9%), 3-е место у мужчин (14,3%) (по данным Белорусского канцер-регистра, 2019). Злокачественная меланома является одним из самых агрессивных видов рака. Первичная заболеваемость меланомой кожи в Республике Беларусь за 25 лет увеличилась более чем в 3 раза (О.Г. Суконко, 2018); составляет 1,9% всех злокачественных опухолей человека (по данным Белорусского канцер-регистра, 2019). В Витебской области ежегодно регистрируется около 1000 случаев злокачественных новообразований кожи. По нашим данным, из числа обратившихся к дерматовенерологам области, 25% – пациенты с жалобами на различные новообразования на коже.

В этой связи остается важным развитие программ скрининга и ранней диагностики опухоли, внедрение способов информирования населения о новообразованиях кожи, а также повышение профессиональной в этом отношении не только врачей-дерматовенерологов, но и терапевтов, хирургов, врачей общей практики. На сегодняшний день в клиническую практику внедряются перспективные методы лечения – таргетная терапия (препараты ипилимумаб, вемурафениб), специфическая иммунотерапия. Считается, что это позволяет восстанавливать иммунный контроль над опухолью, дает возможность индивидуализировать подбор терапии [1]. Вместе с тем выживаемость пациентов с запущенной меланомой кожи остается невысокой, что еще раз подчеркивает актуальность ранней диагностики опухоли. Оказалось, что меланома кожи чаще возникает на месте врожденным, чем приобретенным невусом, более 70% случаев её появления связывают с травмой, с возрастом частота невогенной меланомы кожи уменьшается, а частота случаев меланомы кожи *de novo* увеличивается. Среди последних чаще встречается беспигментные и малопигментные опухоли, что затрудняет диагностику новообразований. В этой связи приводим результаты клинического анализа ряда случаев меланомы кожи.

Клинический случай № 1. Пациентка П., 40 лет, год назад отметила, что на спине появился меланоцитарный невус. За 2 месяца до обращения за медицинской помощью в УЗ «ВОКЦДК» обратила внимание на его интенсивный рост. В дальнейшем цвет новообразования стал меняться от светло-коричневого к более темному, появился зуд. На момент осмотра на коже межлопаточной области определялось овальное образование неправильной грибовидной формы на толстой ножке, до 2,5 см в диаметре, черного цвета, с дополнительными образованиями по периферии, зуд в области образования. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Больная была направлена на консультацию к врачу онкологу с предположительным диагнозом: Меланома кожи, уровень инвазии по Кларку 3 для наблюдения с проведение патоморфологического исследования. Диагноз подтвердился.

Клинический случай № 2. В УЗ «ВОКЦДК» обратился пациент Б., 47 лет, с жалобами на наличие пигментного образования в области плеча правой верхней конечности, которое существовало с момента рождения. 7 месяцев назад образование стало постепенно увеличиваться в размерах. При осмотре области верхней трети наружной поверхности плеча отмечалось пигментное образование овальных очертаний с неровными краями, размером 2,0 x 2,5 см, темно-коричневого цвета, с участками гиперкератоза. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Проведена дерматоскопия с использованием аппарата Дерматоскоп компании HEINE OPTOTECHNIK DELTA 20 со светодиодным освещением. На основании критериев и анализа ABCDE установлен диагноз поверхностно-распространяющаяся пигментная меланома кожи, который подтвержден данными патогистологического исследования. Пациент направлен под наблюдение врача-онколога по месту жительства.

Клинический случай № 3. В УЗ «ВОКЦДК» обратилась пациентка К., 59 лет, с жалобами на опухолевидное образование в области наружной поверхности правого плеча. При сборе анамнеза стало известно, что в 2013 году на правом плече появилось пигментное новообразование, которое в июне 2016 г. было травмировано, после чего отмечалось увеличение площади очага поражения с элементами экзофитного и эндофитного роста. На момент осмотра на коже имелось разрастающееся опухолевидное образование неправильных очертаний с переходом цвета от светло-розового по периферии до синего оттенка в центре, с участками эрозированной поверхности, 2,0 см в диаметре, болезненное при пальпации. Периферические узлы увеличены в правой подмышечной области. При сиаскопии признаки характерные для диагноза меланомы кожи. Пациентка направлена под наблюдение врача-онколога по месту жительства.

Выводы. Во всех приведенных выше случаях пациенты не проходили профилактического осмотра у врача-дерматовенеролога, что могло способствовать позднему выявлению новообразования. Стоит отметить, что возможным фактором малигнизации невуса может явиться травматизация, на что указывает клинический случай № 3. Признаками малигнизации меланоцитарного невуса являются изменение размеров, поверхности меланоцитарных невусов, появление зуда и кровоточивости. Для диагностики новообразований кожи может использоваться дерматоскопическое исследование кожи, сиаскопия, которые являются неинвазивными, информативными и доступными. Позднее обращение пациентов за медицинской помощью, несвоевременная диагностика резко ухудшает прогноз и качество жизни больных меланомой кожи.

Литература:

1. Новые направления в лечении больных меланомой кожи / Л.В. Демидов [и др.] // Вестн. Москов. онкол. о-ва. – 2011. – № 9. – С. 4-6.